Zahnschäden gemäss Grundversicherung (KVG)
Befunde / Kostenvoranschlag

CSS Versicherung

Agentur / Nr.: _____

Personen / Nr.: _____

Adresse des Versicherten
Herrn / Frau

Zahnarzt:

Zahlstellnr.:

☐ CSS Kranken-Versicherung AG ☐ Arcosana AG ☐ Auxilia Kranken-Versicherung AG

1. Zahnappell

zur Zeit der Berichterstattung (fehlende Zähne streichen)

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

2. Unfall

Unfalldatum: _____ Befundaufnahme-Datum: _____

Unfallhergang: _____

3. Unfallbedingte Befunde

3.1 totalluxiert (verloren)		
3.2 luxiert (verlagert)		
3.3 subluxiert (gelockert)		
3.4 kontusioniert (angeschlagen)		
3.5 Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung		
3.6 Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung		
3.7 Wurzelfraktur		

3.8 Kieferknochen oder Weichteile _____

_____

3.9 Beschädigter Zahnersatz / beschädigte kieferorthopäd. Apparaturen (genaue Angaben über Art der Arbeit bzw. Apparatur und Ausmass des Schadens)

_____

Grundversicherung (KVG): Diagnose: _____

_____ KLV Art.: _____ Ziff. _____ lit. _____ Arztbericht: ja / nein

4. Befundaufnahme für Unfälle und Erkrankungen gemäss Grundversicherung (KVG)

4.1 nicht ersetzte, fehlende Zähne	ja	nein	
4.2 nicht behandelte, defekte Zähne	ja	nein	
4.3 gefüllte Zähne	ja	nein	
4.4 parodontal geschädigte Zähne	ja	nein	

4.5 Kronen, Brücken, Prothesen, Kieferorthopäd. Apparaturen (Art und Umfang des Ersatzes, bzw. Apparatur, genaue Umschreibung).

_____

_____

5. Sofortmassnahmen

5.1 Diagnostische Massnahmen mit Befundangabe (Röntgen, Vitalität, Beweglichkeit auch von Nachbarzähnen und Antagonisten)

5.2 Therapeutische Massnahmen

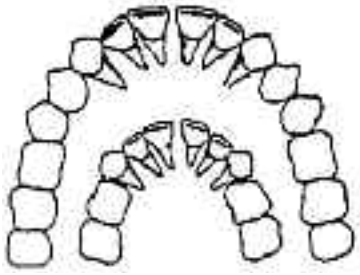
6. Vorschläge für die Zwischenbehandlung – voraussichtlich weiterer Verlauf

☐ Beobachtung während mindestens _____ Jahren nötig.
☐ Kieferorthopäd. Behandlung durch Unfall nötig geworden oder erschwert. Beizug Kieferorthopäde SSO vorbehalten.
☐ Definitve Versorgung kann voraussichtlich erst nach Beobachtungszeit von _____ geplant werden.

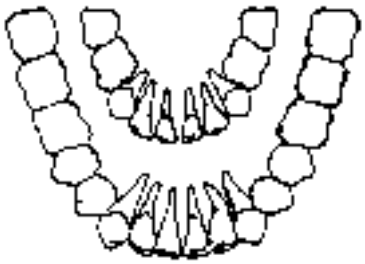
7. Vorschläge für die definitive Versorgung (sofern im Zeitpunkt dieses Berichtes möglich)

8. Schema des Ersatzes (vom Zahnarzt auszufüllen)

rechts Oberkiefer links



rechts Unterkiefer links



9. Kostenvoranschlag (Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen mit * bezeichnen)

Zahn Nr.	Tarif Ziffer	Behandlungsart	Taxpunkte	Zahn Nr.	Tarif Ziffer	Behandlungsart	Taxpunkte
				Übertrag			
						Total Taxpunkte	
				x Taxpunktwert CHF		=	CHF
				hiezu kommen die Laborkosten			

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Zahnarztes: _____

Ohne Gegenbericht innert 10 Arbeitstagen gilt der Kostenvoranschlag als genehmigt.
Allfällige Röntgenbilder sind auf Verlangen (mit Namen, Datum und Nummer der Zähne) diesem Formular beizulegen.